DISSERTATION

N° 253.

SUR

LA COXALGIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR F. CAYSSAC, de Saint-Laurent,

Département du Lot;

Bachelier-ès-lettres de la Faculté de Paris.

Prudentis medici est nulli, præjudicatæ opinioni mordicùs adhærere. MORGAGNI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, *Examinateur.*
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL, *Président.*
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Suppléant.* / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy, *Examinateur.*
Blandin.	Gibert, *Examinateur.*
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie.	Trousseau, *Suppléant.*
Dubled.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEILLEURE ET A LA PLUS TENDRE

DES MÈRES.

Hommage de respect, d'amour filial et de reconnaissance.

A MONSIEUR BLANDIN,

Chirurgien en second à l'hôpital Beaujon, et Agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

En vous dédiant ma thèse, je remplis un devoir bien cher à mon cœur; je le devais à votre dévouement désintéressé pour l'instruction publique, à la bienveillance particulière dont vous m'avez toujours honoré, et surtout à l'obligeante amitié dont vous m'avez donné des preuves dans tant de circonstances. Puissiez-vous voir dans ce témoignage public de mes sentimens pour vous l'expression de mon éternelle reconnaissance!

F. CAYSSAC.

DISSERTATION

SUR

LA COXALGIE.

La connaissance de toute maladie se compose de son histoire, de ses causes, de ses variétés, de ses symptômes, de son diagnostic et des différences qui la séparent de toute autre affection, de son prognostic, des désordres qu'elle laisse après elle, et enfin du traitement qu'elle réclame. Je diviserai donc celle qui va faire le sujet de cette étude en huit paragraphes distincts :

1°. *Histoire.*

Cette maladie n'a point échappé à l'œil observateur d'*Hippocrate*. On en retrouve les premières notions dans les aphorismes 59 et 60 de la section 6, où il l'a toutefois indiquée plutôt que décrite sous le nom de *morbus coxarum, coxarius*. Les auteurs qui l'ont suivi n'en ont pas fait mention dans leurs écrits, et ce n'est pas sans étonnement que, pour avoir quelque connaissance précise de cette affection, on se voit obligé de franchir un intervalle immense et d'arriver jusqu'à *J.-L. Petit*, qui, le premier, en a donné une bonne description dans les Mémoires de l'Académie des sciences pour l'année 1722.

La dénomination de *luxation consécutive du fémur* qu'il lui imposa, quoique tout à fait impropre, puisque, ne fixant l'attention que sur un symptôme secondaire et accidentel, elle peut faire négliger le mal jusqu'à l'époque de la sortie complète de la tête du fémur hors de la cavité qui la reçoit, temps où il ne reste plus d'espoir pour une guérison radicale, a été conservée jusqu'à ce jour. Un homme qui a aussi illustré la chirurgie française, *Sabatier*, a fait sur la même matière, un peu plus tard, un excellent mémoire qu'on trouve inséré dans le tome 5 des Mémoires de l'Académie royale de chirurgie. Enfin, dans ces derniers temps, les travaux d'une foule d'hommes célèbres, tels que MM. *Boyer*, *Richerand*, *Delpech*, *Larrey*, *Brodie*, *J.-N. Rust*, *Samuel Cooper*, et plusieurs autres encore, ont répandu les plus vives lumières sur cette maladie, désignée sous les noms divers de *luxation consécutive*, *spontanée du fémur*, de *fémoro-coxalgie*, de *coxalgie*, de *tumeur blanche*, d'*arthrite chronique*, d'*arthrocace*, etc.

2°. *Causes.*

Deux ordres de causes divisées en *physiques* et en *organiques* peuvent produire la coxalgie. Au nombre des premières se rangent toutes les violences extérieures, comme les coups sur le grand-trochanter, les chutes sur la même région, sur les genoux et sur les pieds; les plaies, les contusions, l'entorse, etc. Aux secondes se rapportent le jeune âge, le tempérament lymphatique, la disposition scrophuleuse surtout, rhumatismale, goutteuse, rachitique, scorbutique; l'affection vénérienne invétérée, la diathèse cancéreuse, la rétrocession des exanthèmes cutanés, aigus ou chroniques; l'épuisement général dépendant des excès de l'onanisme ou de l'inflammation chronique d'un viscère important; la suppression d'un exutoire, d'un ulcère ancien, des hémorrhoïdes, ou d'une hémorrhagie habituelle; la matière morbifique de certaines fièvres éruptives, telles que la variole, la rougeole, la scarlatine, les fièvres de mauvais caractère. Quelques auteurs ont aussi placé parmi les causes prédisposantes le passage

subit du chaud au froid, l'action prolongée du froid et de l'humidité à l'extérieur du corps pendant une marche forcée, le coucher sur la terre par un temps humide, etc. Enfin, dans un grand nombre de circonstances, on ne peut assigner aucune cause à la maladie.

3°. *Variétés.*

Il existe trois variétés de cette affection, suivant qu'elle a son point de départ 1°. dans les cartilages articulaires, le ligament rond et le paquet graisseux qui remplit le fond de la cavité cotyloïde; 2°. dans l'un des points du rebord de cette cavité; 3°. dans son fond.

Rust admet quatre périodes qu'il assure exister toujours et offrir constamment les mêmes phénomènes, quels que soient la cause, le siége du mal : je n'en reconnaîtrai que deux, avec M. le professeur *Boyer*, caractérisées, la première par tous les symptômes qui se montrent depuis l'invasion du mal jusqu'à l'abandon complet des surfaces articulaires, la seconde par tous ceux qui apparaissent depuis la sortie de la tête du fémur hors de la cavité destinée à la recevoir jusqu'à la terminaison de la maladie. Cette division ne s'applique qu'aux deux premières variétés; la troisième, ne pouvant s'y prêter, n'offre qu'une seule période.

4°. *Symptômes.*

Première période de la première variété. Le seul signe avant-coureur de cette période peut n'être souvent qu'une légère faiblesse et claudication du membre affecté. Le plus fréquemment cependant il s'annonce par une douleur, qui, dit M. *Brodie*, d'abord est peu de chose, et seulement passagère; ensuite elle devient grave et constante. Elle ressemble à une forte attaque de rhumatisme, puisqu'il arrive qu'elle n'a point de siége certain; mais elle répond à différentes parties du membre dans divers individus, et même chez tel individu elle revient à différentes périodes. A mesure que la maladie s'achemine, la douleur devient excessivement grave, particulièrement pen-

dant la nuit, et le patient est continuellement éveillé en sursaut par des élancemens douloureux du membre. Quelquefois une position particulière de l'articulation lui procure un soulagement qu'il ne trouve dans aucune autre.

A mesure que la douleur s'exaspère, elle devient plus fixe. Dans le plus grand nombre des cas, elle répond en même temps à la hanche et au genou, et dans le genou elle est plus intense qu'à l'autre articulation; d'autres fois la gonalgie seule existe. Cette circonstance, bien digne de remarque, a plus d'une fois trompé le chirurgien sur le véritable siége du mal. Je me rappelle avoir entendu dire à M. le professeur *Boyer* qu'il avait connaissance de méprises semblables, toujours faciles à éviter, dit-il, par le toucher, qui rend plus vive la douleur de l'articulation coxo-fémorale, tandis qu'il n'augmente pas celle du genou. Elle sera aussi accrue si, comme le conseille *Samuel Cooper*, la main appuie au devant de la hanche, un peu au côté externe de l'artère fémorale, après qu'elle est descendue au-dessous de l'os pubis. M. *Brodie* fait observer que peu après l'invasion, toute pression exercée, soit en avant soit en arrière de l'articulation de la hanche, rend celle-ci sensible.

L'allongement du membre est un symptôme qui a été signalé par tous les praticiens depuis *Dehaen ;* il succède plus ou moins promptement à la douleur, et est tellement peu marqué dans l'origine de la maladie, qu'il échappe souvent à l'œil de l'observateur peu attentif. On arrive à le reconnaître par la comparaison des condyles du fémur, du grand-trochanter et des malléoles du membre affecté, avec ces mêmes parties du côté opposé : les premières sont placées plus bas. Il est évident que, pour obtenir ce résultat, il faudra avoir eu le soin préalable de placer bien horizontalement le bassin du malade.

M. *Brodie*, en parlant de l'altération dans la longueur du membre, dit : « Le fait est que la longueur n'est qu'apparente; car le malade « couché en supination, et les deux cuisses faisant le même angle « avec le bassin, le pied du côté malade peut, au premier coup-d'œil, « paraître plus bas que l'autre de deux pouces; mais si l'on me-

« sure attentivement avec un ruban de fil la distance du bord épineux « de l'iléon à la rotule, on trouve que la différence est imperceptible. « Le prolongement dépend de la position du bassin, qui est altérée de « telle manière, que la crête des os innominés est visiblement dé- « primée et ramenée au-dessous du niveau de celle de l'autre. »

Je ne sais jusqu'à quel point cette assertion est fondée. Quant à moi, je ne puis m'empêcher de croire à l'élongation du membre, d'après ce que j'ai vu quelquefois, et entre autres dans un cas où elle était de près de quatre pouces, et surtout d'après les observations de M. *Boyer*, qui assure l'avoir toujours rencontrée.

Un troisième phénomène, conséquence inévitable des deux premiers, est la claudication, qui toutefois peut se montrer en premier lieu, et même exister seule, comme le prouve une observation curieuse que je dois à l'extrême bonté de M. *Monod*, jeune chirurgien, aussi distingué par son excellent esprit d'observation que par l'étendue de ses connaissances, et prosecteur de cette faculté. Je vais rapporter ici cette observation, intéressante sous plus d'un point de vue.

« Une jeune fille âgée de trois ans, d'un tempérament lymphatique peu prononcé, n'ayant jamais présenté de symptômes de scrophules, commença à boiter de la jambe droite, sans que cette claudication eût été précédée d'aucun accident qui pût rendre raison de ce phénomène, ni que l'enfant se fût jamais plaint de douleur de la hanche ou du genou. La pression sur le grand-trochanter n'augmentait pas la sensibilité de l'articulation fémoro-coxale. Mesuré avec tout le soin imaginable, le membre ne parut pas plus allongé, et la distance du grand - trochanter à l'épine du pubis du côté droit fut trouvée la même que du côté gauche; mais les muscles adducteurs formaient à la partie supérieure et interne de la cuisse une corde roide, qui maintenait la cuisse dans une adduction permanente; de sorte que le mouvement dans ce sens, lorsqu'on cherchait à le produire avec force, causait une vive douleur, qui était rapportée à la partie interne et supérieure de la cuisse. Le genou n'était

nullement douloureux. Plusieurs chirurgiens furent consultés : l'un d'eux, qui étonne toujours par la sûreté et la promptitude de son diagnostic, sans avoir même fait déshabiller l'enfant, annonça, en la voyant marcher, une luxation spontanée du fémur. Les autres ne virent dans ces symptômes qu'une contracture des muscles adducteurs, et leur avis l'emporta. Des exercices qui avaient pour but l'écartement des cuisses, des douches d'eau savonneuse, puis d'eau de Barèges, et enfin des bains de mer constituèrent pendant un an le traitement de la maladie. Aux symptômes déjà énoncés se joignirent d'abord l'amaigrissement du membre malade, puis un raccourcissement graduel. Le voyage entrepris pour aller prendre les bains de mer et ces bains eux-mêmes exaspérèrent le mal, au point que le moindre mouvement déterminait des douleurs aiguës rapportées toujours à la même partie. L'enfant fut forcée de garder le lit. Un chirurgien du Havre reconnut la maladie, et fit appliquer quelques sangsues autour de l'articulation. La malade fut à grand'peine rapportée à Paris; le raccourcissement était de près d'un pouce : du reste, même insensibilité à la pression sur le grand-trochanter. Un habile chirurgien à l'examen duquel l'enfant n'avait pas été soumise dès les premiers temps de la maladie, prononça qu'il y avait usure de la partie supérieure de la cavité cotyloïde, et que la distribution du nerf obturateur à l'articulation coxo-fémorale et aux muscles adducteurs rendait compte de la contracture de ces muscles. Une nouvelle application de sangsues, un cautère sur le grand-trochanter, des bains de gélatine, quelques amers à l'intérieur, et un repos absolu pendant cinq ou six mois déterminèrent la guérison par ankylose.»

Cette observation est, comme on peut le voir, remarquable, 1°. par la manière de commensuration du membre; 2°. par la cause de la claudication; 3°. par la contracture des muscles adducteurs; 4°. par le défaut d'allongement et de douleur à la pression.

Les symptômes dont je viens de tracer rapidement l'histoire sont ceux du premier degré de la luxation spontanée. Leur durée est va-

riable selon l'âge et la constitution du malade. Toutes choses égales d'ailleurs, leur marche est plus rapide chez les enfans que chez les adultes, chez les individus dont le tempérament est lymphatique, et qui ont éprouvé des maladies provenant du vice scrophuleux.

Second degré ou période de la première variété. A la suite de l'engorgement des cartilages articulaires de la membrane synoviale et du paquet graisseux qui occupe le fond de la cavité cotyloïde, devenue trop étroite pour renfermer la tête du fémur, celle-ci est expulsée au dehors et portée dans le même sens et en haut sur la face externe de l'os des îles par l'action des muscles fessiers. A l'allongement du membre succède tout à coup son raccourcissement, caractère essentiel de cette période, et l'on peut observer alors tous les signes de la luxation primitive en haut et en dehors : ainsi la cuisse se trouve rapprochée de celle du côté opposé, le genou et la pointe du pied sont tournés en dedans, le grand-trochanter est plus saillant et plus près de la crête iliaque. Dans quelques cas heureux, mais très-rares, le mal borne là ses progrès, et une fausse articulation se produit entre la tête de l'os luxé et le point de l'os correspondant avec lequel elle est en contact. Quand les choses se passent ainsi, il y a simplement engorgement, tuméfaction et non carie des surfaces articulaires. Les malades, dans ce cas, en sont quittes pour la claudication. Mais le plus souvent les symptômes s'aggravent, la douleur se renouvelle, l'amaigrissement du membre survient, le pouls prend de la vitesse; la langue se sèche, devient sale; l'excitation de toute l'économie est extrême. De vastes foyers purulens communiquant avec l'articulation malade se forment, et se vident à l'extérieur par une ou plusieurs ouvertures qui deviennent fistuleuses. Ces abcès se font jour le plus ordinairement, avec plus ou moins de promptitude, à la partie postérieure et externe de l'articulation. Le pus qui s'en écoule est d'abord d'une assez bonne nature; mais bientôt il s'altère, et prend le caractère de celui qui provient de la carie des os. C'est alors que l'on voit tous les symptômes de la fièvre hectique survenir,

et tous les accidens de l'épuisement et du marasme conduire avec plus ou moins de rapidité le malade au tombeau. Cependant on a vu dans ces cas extrêmes encore quelques victimes échapper à une mort imminente, heureuses, mais trop rares exceptions, qui s'effectuent ainsi : les fistules qui dans le commencement donnaient issue à une grande quantité de pus, en fournissent moins de jour en jour; le foyer purulent finit par s'éteindre; les douleurs, le dévoiement, les sueurs, la fièvre disparaissent graduellement; l'appétit, les forces reviennent peu à peu, et la guérison s'obtient enfin à la faveur d'une ankylose, au bout d'un temps plus ou moins long.

Premier degré de la deuxième variété. Dans la première période de cette variété, le déplacement de la tête du fémur est dû à la destruction du rebord cotyloïdien. Ici nous retrouvons, à peu de chose près, les mêmes symptômes que dans la variété précédente. Ainsi la douleur est plus sourde et plus profonde, et l'allongement du membre moins marqué.

Le deuxième degré commence aussitôt que le déplacement est effectué. Le membre, sans avoir présenté un allongement très-remarquable, se raccourcit ou s'allonge subitement, suivant le côté par lequel la tête de l'os s'échappe de la cavité cotyloïde; si c'est par la partie supérieure de ce bord, entraînée par les muscles fessiers, la tête du fémur se porte en haut et en dehors entre la fosse iliaque externe et le muscle petit fessier qui la recouvre. Il y a alors raccourcissement plus ou moins marqué du membre, avec tous les signes de la luxation primitive en haut et en dehors. Si c'est au contraire par la partie inférieure que la tête de l'os s'échappe, elle va se placer sur le trou obturateur, et dans ce cas, l'élongation du membre a lieu avec tous les symptômes de la luxation primitive en bas et en dedans. Dans cette variété, il y a constamment formation d'abcès, dont le siége est variable. Ils occupent la partie supérieure de la cuisse, tantôt du côté interne, tantôt du côté externe et antérieur, et quelquefois à la partie postérieure. Ces abcès présentent tous les caractères de ceux qu'on a

désignés sous le nom d'*abcès par congestion*. Outre ces abcès, il s'en forme encore quelquefois d'autres à la cuisse par l'engorgement de cette partie. Les ouvertures de ces abcès deviennent fistuleuses; le pus qui en découle est abondant, un peu séreux, et même sanguinolent; quelquefois d'une odeur fétide, entraînant avec lui des flocons de matière albumineuse, et suivi, comme dans ceux précédemment décrits, de tout le cortége qui a coutume d'accompagner la fièvre hectique.

Troisième variété. Pour ne pas tomber dans des répétitions inutiles, je ne ferai mention ici que des particularités les plus remarquables qui la distinguent des deux variétés précédentes, laissant de côté les symptômes communs. Dans cette variété, dit M. *Boyer*, le membre affecté, beaucoup plus long que l'autre depuis long-temps, conserve sa rectitude naturelle et la faculté d'exécuter les mouvemens de rotation en dehors et en dedans, quoique avec douleur : il se forme un abcès par congestion dans un point quelconque de la cuisse, et alors la maladie peut devenir mortelle, sans que la tête du fémur se déplace. Cependant, lorsque la carie a étendu ses ravages et détruit toute la surface interne de la cavité cotyloïde, la tête du fémur trouvant alors un passage, pénètre dans l'intérieur du bassin. M. *Larrey* en a vu un exemple. Le pus y pénètre aussi dans ce cas, et peut se faire jour au dehors par le rectum, comme *A. Cooper* l'a vu deux fois. Cette variété, heureusement rare, se termine toujours par la mort.

5°. *Diagnostic et différences qui la séparent des maladies avec lesquelles elle pourrait être confondue.*

Les détails dans lesquels je viens d'entrer en parlant des symptômes de la luxation spontanée me paraissent établir suffisamment son diagnostic, d'autant plus important que ce n'est que dans le principe de la maladie que les moyens capables d'en arrêter les progrès peu-

vent avoir de l'efficacité. Je crois donc inutile de les reproduire ici. Je chercherai seulement à distinguer cette affection de quelques autres qui peuvent avoir plus ou moins d'analogie avec elle. Ainsi la fracture du col du fémur avec raccourcissement du membre, lorsque ce raccourcissement ne se manifeste que quelques jours après l'accident, sera reconnue aux circonstances commémoratives, à la crépitation, à la possibilité de donner au membre sa longueur et sa direction naturelles au moyen d'une extension plus ou moins forte, à l'absence de douleur au genou. Les luxations primitives du fémur, soit en haut, soit en bas, diffèrent des luxations consécutives par des symptômes tellement tranchés, que l'une de ces maladies ne peut être prise pour l'autre. Dans la névralgie fémoro-poplitée, outre que les douleurs se propagent suivant le trajet du nerf, le membre conserve la faculté d'exécuter des mouvemens dans tous les sens; il n'est point déformé ni plus long que celui du côté sain. Il est beaucoup plus difficile, et peut-être n'est-il pas possible de distinguer un rhumatisme fixé sur l'articulation de la hanche d'une luxation de la même partie qui est à son début, ou seulement avec un allongement de quelques lignes. Dans ce cas l'existence antérieure de la maladie dans d'autres articulations affectées, soit simultanément, soit isolément, sa mobilité, pourront éclairer le diagnostic.

6°. *Prognostic.*

Il est variable suivant l'ancienneté et les causes de la maladie, l'âge, le tempérament, la constitution du malade, la variété et les accidens qui surviennent après le déplacement de la tête du fémur.

Il est plus grave lorsque la maladie dure plus long-temps que lorsqu'elle est récente et lorsqu'elle reconnaît pour cause le vice scrophuleux. Elle offre plus de gravité chez les enfans que chez les adultes, chez les individus lymphatiques ou débilités par des maladies antérieures que chez les sujets robustes et bien constitués. La seconde variété est plus dangereuse que la première, et la troisième est au-

dessus des ressources de l'art. Enfin, si le déplacement de la tête du fémur a lieu, et que cette éminence aille se loger dans la fosse obturatrice, le danger est plus à redouter que lorsqu'elle se porte dans la fosse iliaque externe.

7°. *Anatomie pathologique.*

Il n'est pas à ma connaissance, dit M. *Boyer*, qu'on ait eu occasion de constater l'état des parties dans les commencemens de la maladie, époque où elle n'est pas encore mortelle; mais il est probable qu'alors le cartilage qui tapisse la cavité cotyloïde, celui qui recouvre la tête du fémur, le ligament rond, et surtout la glande synoviale, sont gonflés, et que ce gonflement, en détruisant les proportions qui doivent exister entre la profondeur de la cavité cotyloïde et le volume de la tête du fémur, donne lieu à l'allongement du membre, que l'on observe toujours ou presque toujours dès le principe.

On trouve dans le Dictionnaire de M. *S. Cooper* que deux dissections, rapportées par M. *Ford*, il y a quelques années, furent peut-être les seules qui jetèrent de la lumière sur ce point. Dans l'une, il y avait une cuillerée environ de pus dans la cavité de l'articulation de la hanche ; la tête du fémur était un peu enflammée, le ligament capsulaire un peu épaissi, et le ligament rond était uni, comme dans son état naturel, à la cavité cotyloïde; le cartilage qui revêt cette cavité était détruit dans un endroit, avec une petite ouverture, au travers de laquelle une sonde pouvait être passée sous le cartilage sur la face interne de l'os pubis d'un côté, et sur l'os ischion de l'autre. La partie opposée ou externe de l'os innominé paraissait avoir souffert beaucoup plus que la cavité cotyloïde. Dans l'autre cas, la maladie était plus avancée.

A mesure que cette affection avance, à mesure aussi les désordres anatomiques se multiplient et se diversifient, au point qu'on trouve quelquefois la glande synoviale remplissant en entier la cavité cotyloïde; le cartilage qui tapisse cette même cavité et celui qui revêt la

tête du fémur épaissis, ramollis, ou même complètement détruits et baignés de pus; les ligamens ayant subi le même degré d'altération, les parties molles environnantes mollasses, grisâtres et fongueuses, et si les abcès se sont ouverts, des trajets fistuleux qui s'étendent jusqu'à l'articulation, source première de la suppuration. Enfin, dans quelques cas, comme j'ai pu le voir une fois, les altérations sont tellement effroyables que les muscles eux-mêmes, infiltrés d'une matière sanieuse, brunâtre, mêlée de caillots de sang, ressemblent à une sorte de bouillie. La cavité cotyloïde est complètement effacée par la destruction de ses bords; la tête du fémur est privée de son cartilage, et profondément cariée.

M. *Brodie* a eu l'occasion de faire plusieurs dissections de l'articulation de la hanche dans le premier et le second degré de la maladie. Voyez la description qu'il en a donnée.

8°. *Traitement.*

Le traitement de cette affection, presque encore le même que celui employé dès les premiers temps de la chirurgie, doit varier, suivant son degré, la cause qui l'a produite et les circonstances qui l'accompagnent.

Dans le premier degré de la coxalgie, de la première variété surtout, lorsque l'inflammation est très-prononcée, la première indication est le repos le plus parfait, une diète plus ou moins sévère, en même temps qu'on aura recours aux évacuations sanguines, générales ou locales, opérées par l'application des sangsues ou par le moyen de la lancette. Après ces saignées générales ou locales, qu'on renouvelle le lendemain ou le surlendemain, si l'intensité des symptômes inflammatoires l'exige, ces moyens seront utilement secondés par des topiques émolliens et anodins; par l'usage à l'intérieur des sulfates de soude, de magnésie, et de la crème de tartre, dont on retire les effets les plus avantageux lorsque le sujet est sain. Quand, à l'aide de ces moyens, on se sera rendu maître des symptômes inflammatoires lo-

caux, on les remplace par la série des révulsifs. Ainsi, les frictions mercurielles administrées deux ou trois fois par jour, à doses assez faibles pour ne point provoquer la salivation, les linimens volatils ou camphrés, la pommade d'*Autenrieth;* les sinapismes, les bains et les douches sulfureux ou autres ; les frictions sèches faites avec une flanelle imprégnée de vapeurs de benjoin, de succin ; les emplâtres d'onguent styrax saupoudrés de fleur de soufre ; les cataplasmes de racine de bryone râpée et cuite dans du lait ; l'application constante de sachets remplis de tan pulvérisé, mêlé à une certaine quantité d'ammoniaque et de chaux éteinte, conseillée par la plupart des auteurs, peuvent ne pas être sans efficacité ; mais comme ils agissent principalement par l'irritation qu'ils développent sur la peau, on conçoit facilement que les vésicatoires, les moxas et les sétons, doivent leur être préférés. Le même traitement devra encore être mis en usage, quelle que soit la cause des accidens, s'il existe des signes manifestes d'inflammation.

La luxation reconnaît-elle pour cause un vice interne, si des symptômes inflammatoires existent, s'il y a fièvre, réaction générale, au traitement local que je viens d'exposer il conviendra de joindre l'emploi des remèdes internes propres à combattre la cause présumée de la maladie. Ainsi, si l'on soupçonne le vice qui la produit le plus souvent, la scrophule, par exemple, lorsque la douleur et le gonflement inflammatoire auront cédé à l'usage des saignées, soit locales, soit générales, des bains, des cataplasmes émolliens, un traitement antiphlogistique, en un mot, on devra chercher à opérer à l'extérieur une puissante révulsion à l'aide des cautères actuels et potentiels, des moxas, des sétons, des ventouses et des vésicatoires surtout, d'après M. *Boyer*, qui les applique sur la partie antérieure, supérieure et externe de la cuisse. *Samuel Cooper* donne la préférence au cautère. M. *Brodie* et M. *Albers*, en partageant son opinion sous ce rapport, s'accordent à regarder chez les enfans, et même chez les personnes déjà avancées en âge, les vésicatoires comme capables de procurer une guérison complète. Il vaut même mieux alors, selon M. *Brodie*,

les entretenir avec le cérat de sabine, que d'en répéter l'application. Pour obtenir des résultats heureux de ces différens moyens, il faut en continuer long-temps l'emploi, en raison de la lenteur des mouvemens organiques dans le tissu osseux. C'est dans le même temps, c'est-à-dire pendant la rémission des symptômes locaux et généraux, qu'il est utile de diriger les moyens thérapeutiques contre la source du mal. Dans le cas supposé, c'est le traitement des scrophules qu'il sera important de faire.

Lorsque par le concours de ces remèdes, tant internes qu'externes, sagement combinés, on n'a pu parvenir à empêcher la maladie de faire des progrès, et à rétablir peu à peu les parties dans leur état naturel, il faut se conduire selon les accidens qui se déclarent. La luxation est-elle à sa dernière période, on doit avoir pour but non pas d'opérer la réduction des os luxés, mais d'empêcher la terminaison par suppuration, et de favoriser la formation d'une articulation anormale, ou d'une ankylose ; et c'est encore aux saignées locales, aux topiques émolliens et aux révulsifs sur la peau qu'il convient de recourir; aux premiers quand la douleur est aigüe, aux seconds quand elle a cessé ou sensiblement diminué. Le repos est alors aussi d'une indispensable nécessité pour favoriser l'ankylose; et comme il est utile que la soudure ait lieu dans la position la plus conforme à la destination du membre, M. *Boyer* conseille l'extension. Le malade, lorsqu'il commencera à se lever, devra avoir soin de se servir de béquilles, afin de ne confier le poids du corps au membre affecté que peu à peu et par degrés.

Lorsqu'on n'a pas pu empêcher la suppuration et la formation des abcès d'avoir lieu, on doit employer les saignées capillaires, si l'irritation locale est intense, et l'établissement aux environs de l'articulation d'un ou deux cautères, pour arrêter les progrès de la maladie; mais c'est avec une prudence extrême qu'il faut le faire, à cause de la faiblesse funeste que pourraient produire les uns, et de l'excitation que seraient capables de provoquer les autres, dans les surfaces articulaires.

Une fois les abcès formés, faut-il les ouvrir ou les laisser à eux-mêmes ? Chacune de ces méthodes compte des partisans et des détracteurs, des succès et des revers ; mais quelle que soit celle qu'on adopte, il arrive le plus souvent qu'après l'ouverture artificielle ou spontanée de ces abcès, la maladie continue à faire des progrès, et il ne reste pour dernière ressource que l'ablation des parties malades : mais si l'on se rappelle que dans tous les cas de coxalgie qui ont eu une funeste terminaison, *Ford* a remarqué que l'os innominé a plus souffert de la carie que l'os de la cuisse lui-même, on sera très-réservé sur l'emploi de ce moyen.

PROPOSITIONS.

I.

Quoique la scrophule ait été signalée comme une maladie propre à l'enfance, elle n'est pas cependant exclusive à cet âge.

II.

L'hérédité de la scrophule a été niée par les uns et admise par les autres.

III.

Au nombre des causes déterminantes des scrophules, on a mis au premier rang l'habitation dans un pays froid et humide, mal aéré, et privé des rayons solaires.

IV.

Tous les tuberculeux scrophuleux, a-t-on avancé dans ces derniers temps, sont sans exception tuberculeux pulmonaires.

V.

La diathèse scrophuleuse donne souvent lieu à des phlegmasies des membranes muqueuses.

VI.

On ne doit jamais donner à un enfant une nourrice atteinte de scrophules.